DES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS

DE QUELQUES

CATARACTES,

DE LEUR OPÉRATION ET DE LEUR TRAITEMENT.

THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MEDECINE DE MONTPELLIER, LE DÉCEMBRE 1837.

PAR

JACQUES LE CALVÉ,

De Lamballe, (Côtes-du-Nord).

Ex-chef de la Clinique Ophthalmologique de M. Sichel, Membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Montpellier.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,
Chez X. JULLIEN, Imprimeur de la Mairie, place Marché-aux-Fleurs, 2.

1837.

AUX MANES

DE MON PÈRE, DE MA MÈRE

ET DE MON FRÈRE AINÉ.

Regrets, regrets éternels !!!

A MONSIEUR SICHEL,

Docteur en médecine des facultés de Berlin et de Paris, professeur de Clinique des maladies des yeux, membre de plusieurs sociétés savantes Françaises et Étrangères, etc.

Faible témoignage de la plus profonde reconnaissance et d'une amitié inaltérable.

A MA FEMME BIEN-AIMÉE,

Tribut d'amour pour toutes ses vertus.

A MON FRÈRE,

Amitié et dévouement à toute épreuve.

LE CALVÉ J.



AVANT-PROPOS.

C'est à Monsieur Sichel, médecin aussi savant que modeste, que je dois les connaissances que j'ai acquises en ophthalmologie. C'est cependant, encore plus par affection que par devoir, que je lui en témoigne, ici, ma profonde reconnaissance.

Le but que je me propose, est d'arriver avec certains caractères différentiels, à pouvoir diagnostiquer entr'elles, les cataractes qui se produisent le plus souvent.

Ce but étant essentiellement pratique, je ne parlerai que des cataractes toutes formées et prêtes à opérer

Les cataractes que le médecin est appelé le plus souvent à diagnostiquer et à opérer, sont : les cataractes lenticulaires, capsulaires antérieures, capsulaires postérieures et capsulo-lenticulaires ; elles seules seront le sujet de ce travail.

Ce serait donc sortir des limites que je me suis tracées, que de faire l'histoire de la cataracte, que de parler de ses causes, de son développement, de ses symptômes, etc., etc. ;

puisque nous prenons les cataractes toutes formées et prêtes à opérer. Nous dirons d'abord, ce que nous entendons par cataracte; nous donnerons ensuite les caractères qui doivent servir à différencier entr'elles, celles dont nous devons nous occuper; nous dirons un mot du pronostic, des indications et contre-indications de l'opération; nous examinerons si par un traitement quelconque, il est possible de les faire disparaître sans opération; enfin, nous terminerons, en désignant, sans le décrire, le mode opératoire qui convient à chacune d'elles et en indiquant le traitement général, après l'opération.



DES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS

DE QUELQUES

CATARACTES,

DE LEUR OPÉRATION ET DE LEUR TRAITEMENT

Nous définissons la cataracte, une opacité du cristallin, de sa capsule antérieure, postérieure ou de l'humeur de Morgani.

Cette définition nous semble la plus convenable et la plus précise; car nous ne pouvons appeler cataractes, les fausses membranes qui se développent dans la pupille, que quelques chirurgiens, fort habiles d'ailleurs, confondent avec l'opacité de la capsule antérieure, et que Bëer a improprement désignées sous le nom de fausses cataractes.

M. Sichel, dans son traité de l'ophthalmie, de la cataracte, et de l'amaurose, p. 476, complète sa définition de la cataracte, en disant : « La cataracte, telle que nous la caractérisons, n'est « rien autre chose qu'un voile plus ou moins impénétrable aux « rayons lumineux, interposé entre le trou visuel, et la partie « sensitive de l'œil, c'est un obstacle mécanique qui s'oppose à « l'exercice normal de la faculté visuelle. »

Les fausses membranes sont donc des cataractes, car la faculté visuelle, dans ces cas, est abolie autant au moins que dans toute

cataracte? C'est ce que nous ne pouvons admettre, et M. Sichel se c ntredit lui-même, puisqu'il commence par définir la cataracte : « une opacité d'une ou de plusieurs des parties qui « composent le système cristallinien. »

La cataracte lenticulaire est, d'après sa consistance dure, demi-dure, molle ou liquide ; cette dernière variété étant très-rare, nous n'en parlerons pas.

Caractères de la cataracte lenticulaire dure : la couleur du cristallin est foncée, et peut varier du gris d'acier au noir. Elle est mate et terne ; toujours le centre du cristallin est plus foncé que sa circonférence. Elle est peu volumineuse, surtout dans son diamètre antéro-postérieur. La chambre postérieure n'est nullement diminuée, l'ombre projétée par l'iris sur le cristallin est large et bien dessinée. Le malade cherche une demi-obscurité et marche la tête baissée. La pupille est très-mobile, et se dilate et se contracte avec une très-grande vitesse. Elle peut cependant être tout-à-fait immobile, sans qu'il y ait pour cela complication amaurotique, mais ces cas sont très-rares, et nous ne l'avons observé que trois ou quatre fois. M. le Professeur Serre a eu l'obligeance de nous montrer en ville, il y a fort peu de temps, un malade qui présentait ce rare phénomène et chez lequel, après l'opération, la pupille a pris sa mobilité normale.

Lorsque, par une instillation de belladone, on vient à dilater la pupille, le malade reconnaît assez facilement les gros objets, et peut même quelquefois compter les doigts. Le plus ordinairement, les cataractes dures se rencontrent chez les personnes avancées en âge, jamais nous n'en avons observé chez les enfans et chez les adultes très-rarement. Plus la couleur du cristallin est foncée et se raproche du noir et plus surement on peut diagnostiquer une cataracte dure, car les cataractes noires observées par quelques auteurs étaient d'une consistance très-dure. Il est cependant quelques exceptions à cette règle générale, le cristallin peut devenir osseux ou pierreux, et dans ces cas, il n'est plus noir. Nous avons vu ces deux variétés. La première sur un nommé

H.*** Alsacien, qui, par suite d'une ophtalmie avait perdu la vue et avait une artrésie des deux pupilles. M. Sichel pratiqua sur ce malade la pupille artificielle par excision; après avoir enlevé un lambeau de l'iris, il aperçut le cristallin opaque, il voulut l'abaisser avec une aiguille à cataracte; après des efforts infructueux et vains, il le toucha avec un stylet, et chaque fois qu'il le touchait, on entendait un bruit semblable à celui que l'on produit en frappant sur un corps dur.

Il fut obligé de l'extraire avec des pinces très fortes. La partie centrale de ce cristallin était osseuse, et la circonférence cartilagineuse. La capsule antérieure faisait corps avec le cristallin, et la postérieure était aussi cartilagineuse et tellement adhérente au corps vitré, qu'il fut impossible de l'extraire.

Ce qu'il y avait de très-remarquable chez ce malade, et que nous ne pouvons expliquer, c'est qu'il distingait le jour de la nuit, ainsi que l'ombre d'une main agitée devant ses yeux.

La seconde variété, je l'ai rencontrée sur l'œil gauche du cadavre d'une vieille femme que je disséquais et sur laquelle je fis l'extraction du cristallin qui était d'une couleur jaune foncé, et tellement dur, qu'il fut impossible de le diviser avec les doigts. L'œil droit était affecté d'une cataracte lenticulaire dure, incomplète. Cette femme était morte à l'hospice de la Salpétrière, et malgré toutes mes démarches il m'a été impossible de me procurer les renseignements dont j'avais besoin pour compléter mon observation.

Caractères des cataractes demi-dures. La partie centrale du cristallin est d'un gris foncé, sale, jaunâtre, quelque fois verdâtre; sa circonférence est blanchâtre. La transition de la couleur foncée du centre à la couleur blanchâtre de la circonférence est presqu'insensible et nullement brusque; elles sont plus volumineuses et plus rapprochées de l'iris que les précédentes. L'ombre projétée par l'iris sur le cristallin est moins large et moins apparente que dans les cataractes dures. La pupille conserve presque toujours sa mobilité, mais ses mouvements sont

plus lents et paraissent plus difficiles. La chambre postérieure est un peu diminuée. On rencontre assez souvent un commencement de déhiscence des couches corticales du cristallin. Les malades voient mieux dans une demi-obscurité qu'au grand jour ; ils distinguent l'ombre d'une main agitée devant leurs yeux, soit verticalement soit transversalement. La dilatation de la pupille par une solution de belladone augmente la vision, mais d'une manière moins sensible que dans les précédentes

Caractères des cataractes molles. Couleur d'un gris blanchâtre, ordinairement claire, uniforme, d'un éclat blanchâtre mat ; leur volume est beaucoup plus considérable que dans les précédentes, ainsi que leur diamètre antéro-postérieur ; vues de profil, leur surface antérieure parait très convexe, l'ombre projétée par l'iris sur le cristallin n'existe pas ou paraît très-peu marquée. La vue est presque totalement abolie ; à peine si les malades peuvent distinguer l'ombre d'une main agitée devant leurs yeux; le passage brusque d'une profonde obscurité à une vive lumière est à peine sensible pour les personnes affectées de cataractes molles. La dilatation de la pupille par une solution de belladone, n'augmente pas la vision ou l'augmente très-peu. Elles s'apuient quelquefois contre l'iris qui est bombé et poussé en avant, et par contre, la chambre antérieure est diminuée. La chambre postérieure est tellement effacée qu'elle semble ne plus exister. La pupille est souvent immobile, et si elle conserve un peu de sa mobilité, ses mouvements sont très-lents et très-difficiles. Le plus ordinairement elles sont déhiscentes et quelquefois adhérentes en partie ou en totalité à la face postérieure de l'iris. Les malades ne cherchent pas à abriter leurs yeux comme dans les précédentes, ils marchent la tête assez haute, et semblent chercher le grand jour.

Ces cataractes se rencontrent le plus souvent chez les enfants et chez les adultes. Nous disons le plus souvent, car fréquemment aussi, on les rencontre chez les personnes avancées en âge.

Caractères des cataractes capsulaires antérieures. Quelquefois elles n'affectent qu'une petite portion centrale de la capsule, et alors elles sont dites, capsulaires centrales; mais elles gênent si peu la vision, que nous ne pensons pas qu'il puisse se rencontrer des chirurgiens assez imprudents ou assez peu consciencieux pour les opérer; nous n'en parlerons donc pas. Ces cataractes sont très-fréquentes à la suite de lésions traumatiques de l'œil, et surtout après l'opération de la cataracte, et alors on les appelle secondaires; elles sont aussi consécutives à une ophthalmie, à un iritis, etc., etc.

Sur le grand nombre de cataractes capsulaires antérieures que nous avons observé, nous les avons rarement vues préexister à l'opacité du cristallin. Leur couleur est d'un blanc nacré, bleuâtre, d'un éclat métallique et brillant.

En regardant l'œil de profil, on aperçoit, tantot des élévations, des aspérités, des inégalités et quelquefois de véritables végétations; tantôt des stries affectant différentes formes et qui semblent diviser la capsule en plusieurs parties. Elles sont très-rapprochées de l'iris avec lequel elles contractent souvent des adhérences et dans ces cas la pupille est déformée, angulaire. L'ombre de l'iris n'existe pas. La chambre postérieure est complètement effacée. La mobilité de la pupille est ordinairement nulle ou presque nulle. La vue est tellement diminuée que les malades éprouvent à peine la sensation d'une vive lumière. La dilatation de la pupille par une sollution de belladone n'augmente nullement la vision.

Caractères des cataractes capsulaires postérieures. Elles sont plus rares que les capsulaires antérieures; elles se présentent sous la forme d'une opacité concave, située assez profondément derrière l'iris.

Comme dans les cataractes capsulaires antérieures, on aperçoit des stries blanchâtres, luisantes, d'un blanc nacré, d'un éclat métallique; ces stries sont concentriques, plus larges vers la circonférence, et plus fines vers le centre ou bien encore elles affectent la forme d'un réseau à mailles irrégulières.

La pupille vue de profil, paraît noire ; la faculté visuelle est moins diminuée que dans les capsulaires antérieures.

Le diagnostic de cette cataracte est très-difficile lorsque la pupille est contractée; mais en la dilatant avec une solution de belladone les difficultés disparaissnt en grande partie.

Les cataractes lenticulaires peuvent être compliquées de l'opacité de la capsule antérieure, ou de la postérieure, ou quelquefois des deux à la fois. Comme il est impossible, toutes les fois que le cristallin est opaque, de reconnaître la cataracte capsulaire postérieure, nous ne parlerons que de la première de ces cataractes.

Caractères des cataractes capsulo-lenticulaires antérieures. Elles sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit généralement. Il arrive très-souvent que des chirurgiens du plus haut mérite, sont induits en erreur par les stries que présente la déhiscence du cristallin, et qui parraissent au premier coup d'œil avoir leur siége dans la capsule antérieure.

Elles présentent réunis les caractères de l'opacité du cristallin et de la capsule antérieure. Si la capsule était entièrement opaque dans toutes ses parties, le diagnostic deviendrait impossible; mais il en est rarement ainsi.

On aperçoit deux plans opaques, l'un situé plus profondément et d'une teinte variable, l'autre plus en avant et supperposé au plan postérieur, d'un blanc nacré, d'un brillant métallique, offrant enfin tous les caractères de l'opacité de la capsule.

D'un volume considérable, la chambre postérieure tout-à-fait effacée, l'iris convexe et fortement poussé dans la chambre antérieure qui est diminuée. Souvent adhérence de la capsule avec l'iris, et dans ce cas déformation de la pupille qui est presque toujours immobile.

La vision est presque nulle, les malades semblent chercher le grand jour. La dilatation de la pupille par la belladone n'augmente nullement la faculté visuelle.

Tels sont les caractères les plus saillants et les plus constants des cataractes qui font le sujet de ce travail.

Nous savons par expérience qu'il en existe d'autres, mais ils sont trés-minutieux et ne s'acquièrent que par une longue et bonne observation.

Nous n'avons pas la prétention de faire un traité, *ex professo*, sur la matière que nous avons embrassée ; nos forces ne pourraient y suffire et puis les limites que nous nous sommes imposées dans cet opuscule ne le comporteraient pas.

Du Pronostic.

Nous pensons qu'on ne peut poser aucune règle générale pour le pronostic. Eh! ne voit-on pas chaque jour les cataractes les plus simples et qui paraissent les plus favorables à l'opération, être suivie d'insuccès! Il est cependant certaines circonstances qui sont plus ou moins favorables au pronostic. Ainsi, une cataracte simple, lenticulaire sénile, sur un sujet fort et bien portant, aura plus de chances de succès, qu'une cataracte dûe à une lésion traumatique, à une ophthalmie, ou compliquée d'opacité de la capsule, d'adhérence de l'iris.

Le pronostic sera mauvais, lorsque les malades seront faibles et cachectiques, qu'ils auront les yeux très-saillants, ou profondément situés dans les orbites, que la fente des paupières sera étroite et permettra au globe de l'œil de se cacher derrière elles et de fuir l'instrument.

Il est bien d'autres circonstances qui militent pour ou contre le succès de l'opération, que l'on ne peut soumettre à aucune règle générale, et qu'il appartient au chirurgien de se procurer par l'examen préalable qu'il doit faire subir aux malades avant de les opérer.

Des indications et contre-indications. Il suffit d'énumérer les unes pour faire connaître les autres.

Parmi les contre-indications, les unes sont absolues, les autres relatives. Les premières sont : le glaucôme, l'amaurose complète

ou incomplète, la cirsophthalmie, le fongus médullaire de la rétine, le fongus hématode de l'œil, ainsi que la mélanose de cet organe. Malheur au chirurgien qui tenterait l'opération de la cataracte, sur un œil ayant une de ces affections! Parmi les contre indications relatives, et qui ne peuvent le plus souvent que retarder l'opération, on range les affections rhumatismales, arthritiques, syphilitiques, les ophthalmies, les maladies épidémiques, les catharres, les rhûmes, les congestions cérébrales, oculaires, les blépharites, etc. Si cependant les blépharites étaient chroniques elles ne contre-indiqueraient pas l'opération, pas plus que les conjonctivites catarrhales chroniques. Nous avons vu opérer des cataractés portant ces affectious, et les symptômes inflammatoires être nuls ou presque nuls. Il y a fort peu de jours, M. le professeur Serre a été obligé d'opérer une femme affectée de conjonctivite catarrhale assez-aigüe, et aucun accident inflamtoire n'est venu retarder la guérison de cette malade.

Plusieurs auteurs rangent l'âge parmi les contre-indications. Nous ne sommes pas de cet avis. Nous avons vu opérer des enfans très-jeunes, et le succès être complet.

M. Sichel conseille d'opérer le plutôt possible les enfans affectés de cataractes congénitales, en évitant toutefois l'époque de la dentition.

Doit-on opérer dans toutes les saisons? Dans presque tous les traités d'ophthalmologie, on donne comme règle générale, de n'opérer qu'au printemps et à l'automne.

Nous avons vu opérer dans toutes les saisons, et nous n'avons pas remarqué de différence dans les succès et les insuccès, pourvu que le temps fût uniforme et bien fixe. Il faut au contraire bien se garder d'opérer, lorsque le temps est variable, tantôt sec, tantôt humide, tantôt chaud et tantôt froid.

M. le professeur Serre, donne comme règle absolue, de ne jamais opérer pendant un temps d'orage; cette règle est sage et prudente, et nous croyons qu'il est utile de s'y conformer, non-seulement parce que les secousses électriques ressenties par

les opérés, peuvent faire remonter le cristallin, mais encore à cause des changements brusques qui surviennent dans la température lorsque le temps est à l'orage, et qu'alors les inflammations sont plus fréquentes et plus intenses.

Doit-on soumettre les malades avant de les opérer à un traitement préparatoire? Certainement si, par l'examen que l'on fait subir au malade, on découvre des symptômes de congestion cérébrale, ou cérébro-oculaire, on devra avoir recours à quelques émissions sanguines, générales ou locales, et attendre la disparition de ces symptômes avant d'opérer. On y joindra des sinapismes des pédiluves sinapisés, etc.

Dans le cas de constipation habituelle, on donne un purgatif salin; mais on voit par ce que nous venons de dire, qu'on ne peut poser à cet égard, aucune règle générale. (1)

Quelques chirurgiens, entre autre M. le professeur Roux, ont l'habitude de poser à la nuque un vésicatoire ou un seton. Ces moyens, outre qu'ils sont très-douloureux, sont inutiles et nuisibles; inutiles, l'expérience le prouve tous les jours; ils sont nuisibles en ce sens, qu'ils empêchent les malades de rester couchés sur le dos, position qui est cependant la plus convenable après l'opération. Nous les rejetons donc et ne saurions assez les blâmer.

Une question encore en litige, est de savoir si l'on peut se permettre d'opérer une cataracte sur une personne dont un œil est seulement cataracté et l'autre sain. Nous avons vu ces cas se présenter assez souvent; tantôt c'est une jeune fille que cette difformité empêche de se marier, tantôt c'est un jeune homme que cette affection contrarie, et qui par amour-propre veut s'en débarasser; tantôt la crainte que l'autre œil ne soit pris plus tard, et que l'on perde la vue momentanément, fait que l'on désire l'opération.

---

(1) La santé générale étant de la plus haute importance, pour le succès de l'opération, on doit en général s'abstenir d'opérer, toutes les fois qu'elle est altérée et qu'on a l'espoir de l'améliorer.

M. Sichel, obsédé par les prières de quelques malades, a cédé quelquefois à leurs desirs, et jamais il n'a eu à s'en repentir. Pour notre compte, nous ne conseillerons jamais l'opération dans ces cas, et jamais nous ne consentirons à en pratiquer sans une nécesssité absolue.

On a vu à la suite de ces opérations, l'œil sain être pris d'ophthalmie si intense, qu'aucun traitement ne pouvait la juguler, et amener une cécité complète. Que de reproches n'a pas à se faire le chirurgien, cause d'un malheur si déplorable! Un grand inconvénient qui est presque toujours la suite de l'opération, c'est que l'œil opéré, n'ayant plus de cristallin, refracte les rayons lumineux d'une manière toute différente de son congénère, d'où naît presque toujours un strabisme et un trouble plus ou moins grand de la faculté visuelle.

Plusieurs auteurs donnent comme règle absolue, de ne jamais opérer un œil cataracté pendant que dans l'autre l'opacité n'est pas complète. Nous pensons qu'il est des circonstances qui permettent de déroger à cette règle, pourvu toutefois que le développement de l'opacité ne soit pas le produit d'un travail morbide, qui pourrait se localiser ailleurs que dans le cristallin après l'opération.

Cependant dans la pluralité des cas, on doit attendre que la vision de l'œil le moins affecté, soit tellement diminuée que le malade ne puisse plus se conduire.

Dans le cas de cataractes doubles, doit-on opérer les deux yeux à la fois, ou l'un après l'autre, et à des intervalles plus ou moins longs.

Les opinions sont bien partagées sur cette question, qui a été diversement résolue par de grands maîtres.

Les uns, avec Scarpa, Demours, Forlenze, n'opéraient d'abord qu'un seul œil. S'il survient, « disent-ils, des accidents chez un malade opéré des deux yeux à la fois la vue est perdue pour toujours. » Ils prétendent que dans ce cas l'inflammation est plus violente que quand on en opère qu'un seul. Certainement, si

cela était rigoureusement vrai, leur opinion devrait prévaloir, mais il n'en est pas ainsi. Nous avons vu employer ces deux méthodes un bien grand nombre de fois à la clinique de M. Sichel, et jamais nous n'avons observé d'accidents inflammatoires plus grands, lorsqu'on opérait les deux yeux à la fois, que lorsqu'on en opérait un seul. Ce qui est même assez remaquable, c'est que les insuccès dont nous avons été témoins à cette même clinique, se sont rencontrés presque toujours sur des personnes opérées d'un seul œil. Nous nous rangeons de l'avis de ceux qui pensent qu'il est plus avantageux d'opérer les deux yeux à la fois.

Voici nos raisons : 1° le malade n'est soumis qu'une fois aux désagréments et aux privations indispensables après l'opération, et cette considération a bien certainement quelque valeur.

2° Si, en opérant un seul œil, on est assez malheureux pour avoir un insuccès, le malade ne consent quelquefois, que difficilement à se soumettre une seconde fois aux chances d'une opération dont le succès, pour lui, est devenu très-douteux; il peut même arriver qu'il préfère une cécité éternelle, et nous avons vu ce cas, à l'état de maladie que détermine presque toujours l'opération de la cataracte.

3° S'il consent à être opéré de l'autre œil, il est découragé, démoralisé; il est agité, l'œil, quoiqu'en ait dit Bëer, est plus mobile, et certes, ces conditions, pour l'opération, sont loin d'être favorables.

4° En opérant les deux yeux en même-temps, on a presque la certitude de rétablir la vue, au moins sur l'un d'eux. M. Sichel, dans son ouvrage déjà cité, pag. 538, dit : « Nous ne connais-« sons aucun cas de notre pratique, ni de celle de notre maître « et ami F. Jœger de Vienne, où l'opération faite avec les pré-« cautions nécessaires sur les deux yeux à la fois, ait été suivie « de la perte absolue de la faculté visuelle; toujours au moins « un œil a été conservé; cependant ajoute-t-il, nous sommes « loin de penser avec certains auteurs, qu'en opérant les deux « yeux à la fois, sa réaction traumatique concentre toute sa vio-

« lence dans l'un de ces organes, et que l'inflammation de ce « dernier, sert pour ainsi dire de révulsion pour son congénère. »

5° En opérant les deux yeux à la fois, on fait jouir plus complètement les malades de l'avantage de l'opération, but que doit se proposer le chirurgien, surtout quand on opère, non des personnes âgées et qui n'ont plus que quelques années à vivre, comme l'indiquent presque tous les auteurs, mais au contraire, des enfans ou des adultes, qui ont besoin d'une vue meilleure, soit pour apprendre un état, soit pour continuer celui qu'ils avaient déjà.

6° Enfin, la raison la plus puissante et qui domine toutes les autres, c'est que l'inflammation, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas plus violente quand on opère les deux yeux, que lorsqu'on opère un seul œil, et par conséquent, les accidents ne sont pas plus à craindre, dans un cas que dans l'autre. Comme il n'est pas de règles générale sans exception, celle-ci a aussi les siennes.

On peut avoir à opérer des cataractes douteuses et dans ces cas, dit M. Sichel, « il est essentiel de ne procéder qu'en tâtonnant, et d'examiner si tel ou tel procédé opératoire est plus convenable. » On trouve quelquefois chez le même sujet, une cataracte molle et une dure, et comme dans ces cas, le procédé opératoire est différent, on ne doit opérer qu'un œil, à moins cependant de suivre la méthode de M. Amussat, qui opère toujours un œil par abaissement, et l'autre par extraction.

Nous n'avons pu nous rendre compte des raisons qui déterminent cet habile praticien à en agir ainsi, à moins que ce ne soit pour concilier les opinions des partisans exclusifs, et de l'abaissement et de l'extraction.

Avant de parler du mode opératoire qui convient à chacune des espèces que nous avons décrites, nous devons résoudre la question suivante. Peut-on, par un traitement rationel ou empirique, peu importe, faire disparaître l'opacité du cristallin ou de sa capsule?

Quelques auteurs, et entre autres M. Grœfe et Benedict, prétendent avoir guéri quelques cataractes au moyen de la pulsatille. Les observations qu'ils rapportent sont loin d'être authentiques, et nous n'y croyons pas. Pourquoi, en effet, d'autres chirurgiens du plus haut mérite, n'ont-ils pas été aussi heureux que ces Messieurs, en répétant les mêmes expériences (1)?

Nous avons vu la capsule commencer à devenir opaque à la suite de lésions traumatiques, ou consécutivement à une ophthalmie, à un iritis, et dans ces cas, un traitement méthodique et avoué par l'expérience faire disparaître l'opacité de cette membrane (2).

Mais une cataracte lenticulaire ou capsulaire, et formée de toutes pièces étant donnée, peut-on rendre au malade sans opération, la vue qu'il a perdue en faisant disparaître l'opacité qui en est cause?

Nous n'hésitons pas un instant à répondre que non. Il n'existe pas dans les fastes de la science un seul cas de guérison, obtenu par un traitement, et si quelques misérables charlatans, la honte et l'opprobre de la science, osent publier chaque jour qu'ils guérissent des cataractes, reconnues cataractes par des médecins capables de les diagnostiquer, on peut leur répondre qu'ils en ont impudemment menti (3).

---

(1) M. Gondret, prétend aussi avoir obtenu des guérisons par la cautérisation syncipitale. Nous savons à quoi nous en tenir sur ces prétendues guérisons.

(2) Nous possédons un assez grand nombre de guérisons d'opacités commençantes de la capsule, receuillies à la clinique de M. Sichel, et que nous pourrions citer au besoin. Plusieurs chirurgiens en citent aussi des exemples, entre autres, Loder, Hymly, etc., etc.

(3) Il y avait à Paris dernièrement, un individu nommé Delatier de la Roche, qui fesait métier de guérir les cataractes sans opération. Cet homme est mort; n'en parlons plus. Il a un successeur dont ma plume se refuse à écrire le nom et qui continue d'exploiter la crédulité publique, et à tromper la confiance des malheureux assez mal conseillés ou assez insensés pour s'adresser à lui.

De quelques précautions à prendre avant l'opération.

Les malades doivent être mis à la diète au moins 8 ou 10 heures avant d'être opérés. On leur recommande le repos, le calme et la résignation ; on leur fait entrevoir le succès de l'opération qu'ils vont subir, etc.

Quelques chirurgiens ont pour habitude de dilater la pupille, soit qu'ils fassent l'extraction, l'abaissenment ou le broyement. Il est certain que le passage du cristallin est plus facile, à travers une pupille large et bien dilatée, lorsque l'on opère par extraction. Mais à côté de cet avantage, il y a un accident très grave à redouter et qui devient plus facile, par la dilatation de la pupille, c'est la sortie de l'humeur vitrée ; un autre accident est la blessure de l'iris qui est plus fréquente dans ces cas, et qui, quoique beaucoup moins grave que le précédent, n'est cependant pas sans une certaine gravité.

Lorsque l'on fait l'abaissement par la sclérotique, et que la pupille a été préalablement dilatée, le cristallin passe assez facilement dans la chambre antérieure, et nous regardons cet accident comme très-grave ; car nous ne conseillerons jamais comme le fait l'illustre Dupuytren, de passer l'aiguille à travers la pupille, dans la chambre antérieure pour repêcher le cristallin, de le ramener dans la chambre postérieure et de l'abaisser. Ceux qui copient servilement cet illustre praticien, ou, n'ont jamais été témoins de cet accident ou ne savent pas combien cette manœuvre est dangereuse et en outre presque inpratiquable.

On doit dilater la pupille dans les cas de cataractes capsulaires, capsulo-lenticulaires, et surtout lorsqu'il y a adhérence entre l'iris et la capsule. Lorsqu'on opère par la cornée, soit pour abaisser le cristallin, soit pour le broyer, on doit encore fortement dilater la pupille ; car ici, non seulement aucun accident n'est à craindre, mais c'est même le moyen de les éviter, en rendant plus libres les manœuvres de l'opérateur, sans qu'il ait à craindre la blessure de l'iris.

Il nous reste à désigner le mode opératoire qui convient à chacune des espèces que nous avons décrites et à dire un mot du traitement.

Trois méthodes surtout, sont employées aujourd'hui. Ces méthodes sont : l'extraction, l'abaissement et le broiement; elles ont toutes les trois des partisans exclusifs et des détracteurs.

Toutes les trois, en effet, ont leurs avantages et leurs inconvéniens, et nous pensons que la lutte, non encore terminée, qui divise des praticiens du plus haut mérite, n'a pas été débattue sur son véritable terrain.

Aujourd'hui surtout, que l'on peut arriver à diagnostiquer d'une manière certaine, la consistance et la nature des cataractes, nous avons le droit de penser que les chirurgiens qui emploient exclusivement la même méthode dans tous les cas, obtiennent bien souvent des insuccès là où ils obtiendraient des succès presque certains, si la méthode était bien choisie.

Nous n'adopterons donc aucune méthode d'une manière exclusive, car, comme nous venons de le dire, chacune d'elles a ses avantages dans des circonstances données, circonstances que nous allons indiquer.

Jusqu'à présent, presque tous les auteurs ont donné comme règle générale, d'extraire les cataractes lenticulaires dures. Nous, au contraire, nous conseillerons de les abaisser, à moins cependant qu'elles ne soient osseuses ou pierreuses. En effet, quels sont les dangers de l'abaissement dans ces cas ? La compression de la rétine et par suite une amaurose ? Mais on sait que ceux qui craignent cet accident, ont beaucoup exagéré leurs craintes et en général, toutes les fois que l'on a eu cet accident à déplorer, ce n'était pas à la méthode qu'il fallait s'en prendre, mais à la maladresse de l'opérateur. (1)

---

(1) Il existe des faits d'anatomie pathologique qui prouvent d'une manière incontestable la déchirure de la rétine par l'abaissement du cristallin; celui-ci a même été trouvé logé entre la rétine et la choroïde. A qui s'en prendre dans ces cas, à la méthode ou à l'opérateur?

Les cataractes demi-dures, présentent aussi assez de consistance pour être abaissées. Il arrive cependant assez souvent que le noyau du cristallin s'abaisse, et que sa substance corticale reste dans la pupille; mais elle ne tarde pas à être résorbée, pourvu que l'on soit parvenu à bien inciser la capsule.

Les cataractes lenticulaires molles, seront extraites ou broyées. Elles seront extraites sur les personnes faibles, cachétiques, chez lesquelles la résorption est nulle, ou presque nulle.

Nous avons vu broyer plusieurs fois des cataractes molles sur des individus qui réunissaient les conditions que nous venons d'énumérer, et un an après, la resorption n'avait nullement marché. Elles doivent au contraire être broyées chez les enfants et chez les adultes forts et bien portants. Ici, en effet, la résorption est des plus actives et dans l'espace de quelques jours le cristallin broyé a disparu, si la capsule a été bien incisée.

Les cataractes capsulaires seront abaissées par la sclérotique, toutes les fois qu'elles seront sans adhérence, ou que les adhérences seront peu considérables; autrement il faut les extraire.

Les cataractes capsulaires postérieures sont abaisées bien difficilement; comme le cristallin dans ces cas est sain et transparent et qu'on ne peut jamais être sûr de l'avoir abaissé ou assez broyé pour qu'il puisse se résorber, il vaut mieux préferer l'extraction à l'abaissement. Il peut encore arriver que l'opacité que l'on croyait exister dans la capsule postérieure soit située dans la partie postérieure du cristallin, et l'erreur n'est reconnue que quand le cristallin est sorti.

Les cataractes capsulo-lenticulaires seront abaissées si elles présentent les caractères des cataractes dures; dans ces cas, il ne faut pas chercher à déchirer la capsule, mais on doit l'abaisser en même temps que le cristallin. Le même mode opératoire convient aux cataractes capsulo-lenticulaires demi-dures.

Enfin, les cataractes capsulo-lenticulaires molles seront extraites sur les personnes âgées, faibles et cachétiques; et broyées par scléroticonixys chez les enfants et les adultes, en ayant

soin de bien abaisser la capsule qui souvent dans ces cas ne se laisse pas facilement déchirer.

Malgré les indications que présentent la nature et la consistance des cataractes et qui rendent tel mode opératoire préférable à tel autre, il existe cependant quelquefois des contre-indications tellement puissantes, qu'il faut renoncer à la méthode que l'on choisirait si ces contre-indications n'existaient pas.

Contre-Indications de l'extraction.

On s'abstiendra, en général, de faire l'extraction sur les personnes qui ont la fente des paupières très-petite, les rebords orbitaires très-saillants, les yeux profondément enfoncés dans les orbites, l'iris très-convexe, poussé en avant, et par conséquent la chambre antérieure très-étroite. Nous avons dit, en général, car, dans des cas d'urgence, ces obstacles peuvent être surmontés par une grande dextérité et une grande habitude.

Les malades peuvent être affectés de catarrhe chronique, d'asthme, de vomissements chroniques, d'accès nerveux, de maladies incurables qui tendent à favoriser la suppuration, etc., etc. Dans ces cas, l'extraction serait extrêmement dangeureuse. La perte d'un œil, soit qu'elle soit due à un accident, qui amène la suppuration de la cornée, soit qu'elle soit due à l'extraction, est une circonstance qui doit faire préférer une autre méthode. Enfin, on s'en abstiendra toutes les fois que la cornée sera ramollie, qu'elle aura une tendance aux inflammations chroniques et qu'elle sera affectée d'opacité ou de cicatrices, de ptérygions, etc., etc.

Telles sont les principales contre-indications de l'extraction. On s'abstiendra de pratiquer l'abaissement par scléroticonixys, lorsque l'on soupçonnera un commencement d'amaurose ou de glaucome; dans le premier cas, si l'amaurose se déclare, on ne manquerait pas de l'attribuer à l'opération; dans le second, nous regardons la blessure de la corroïde comme très-dangereuse.

On s'en abstiendra sur les personnes de disposition rhumatis-

male ou goutteuse, dans les cas d'adhérence trop grande de la capsule à l'iris.

Contre-indications de la Kératonyxis.

Il serait dangereux d'opérer par la cornée, lorsque la pupille est contractée et que l'on n'a pas réussi à la dilater ; lorsque la cornée est le siège d'ulcères, de cicatrices, de taies, et surtout lorsque cette membrane a une tendance aux inflammations chroniques, etc.

Du Traitement.

La première indication et la plus essentielle, est de prévenir l'inflammation. Quelques chirurgiens fort recommandables sont dans l'habitude de couvrir immédiatement après l'opération, les yeux du malade, avec des boulettes et des plumasseaux de charpie, plusieurs compresses, et enfin des bandes. Cet appareil est lourd et compressif, il est tout-à-fait contraire au but qu'ils se proposent ; il n'est propre qu'à augmenter les chances de l'inflammation. Nous pensons qu'il faut le proscrire, et nous avons l'espoir qu'il sera bientôt abandonné comme nuisible et dangereux.

Immédiatement après l'opération, on recouvre les yeux du malade avec une compresse de toile fine trempée dans de l'eau très-froide et même glacée, ces compresses doivent être renouvelées dès qu'elles commencent à s'échauffer. Dans les cas d'extraction on tient les paupières fermées au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre.

On le place dans une chambre peu éclairée ; nous pensons qu'on ne doit pas le plonger dans une obscurité complète, cette précaution ne peut qu'augmenter la photophobie. Peu de temps ou immédiatement après l'opération on pratique une saignée du bras et on la renouvelle plusieurs fois si l'indication s'en présente ; on fait garder une diète absolue. M. le Professeur Serre ne permet pas même de tisane pendant les premières vingt-

quatre heures. Si ces moyens ne suffisent pas, on applique des sangsues au devant des oreilles ou aux apophises mastoïdes. Dans le cas d'abaissement, on instille plusieurs fois par jourentre les paupières, une ou deux gouttes d'une légère solution d'extrait de belladonne; si la pupille a une grande tendance à se contracter. On fait sur le front, des frictions avec une pommade composée de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone.s Quelques jours après l'opération, on administre des purgatif salins. Ces moyens suffisent presque toujours pour prévenir l'inflammation, ou pour la combattre si elle se développe. S'ils ne suffisent pas, on a recours à des frictions faites à la nuque avec une pommade stibiée, à un vésicatoire dans la même région et enfin, au seton dans les cas les plus rebelles. S'il survient des accidents nerveux, on les combat par les préparations narcotiques et opiacées, etc., etc.

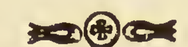
Il y a beaucoup d'autres moyens qu'il serait trop long d'indiquer dans cet opuscule, et que ne doivent et ne peuvent ignorer, les médecins qui pratiquent l'opération de la cataracte.

Je n'ai rien dit jusqu'à présent des expériences curieuses faites dernièrement par M. le Professeur Sanson, pour différentier au moyen d'une bougie allumée, les cataractes, de quelques autres affections du globle oculaire. M. le Professeur Serre a repété les mêmes expériences, et a eu l'obligeance de m'associer à son travril. Voici ce que nous avons observé. Le premier malade était affecté de glaucôme; nous avons aperçu distinctement les trois images. Le second avait une cataracte lenticulaire, l'image renversée et la postérieure manquait. Le troisième avait une cataracte capsulo-lenticulaire, ici encore, l'image antèrieure seule existait. Un quatrième présentait tous les symptômes d'une amaurose congestive, et cependant nous n'avons trouvé que l'image antérieure; on apercevait chez ce malade, une légère opacité profondément située; mais cette opacité n'est pas assez grande ponr expliquer le peu de vison qui reste à ce malade. Nous avons expérimenté sur plusieurs antres malades, et nous n'avons

obtenu que des résultats douteux. Je crois, et M. le Professeur Serre est aussi de cet avis, qu'il y a quelque chose de vrai dans l'importante découverte de M. Sanson, mais avant de l'admettre comme vraie d'une manière définitive, je pense qu'il faut avoir recours à de nouvelles expériences.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.



Professeurs.

Messieurs :

CAIZERGUES, Doyen.
BROUSSONNET,
LORDAT.
DELILE.
LALLEMAND,
DUBRUEIL.
DUPORTAL,
DUGÉS, *Examinateur.*

Messieurs :

DELMAS,
GOLFIN,
RIBES, *Suppléant.*
RECH.
SERRE.
J.-E. BÉRARD,
RÉNÉ. PRÉSIDENT.
RISUENO D'AMADOR,

Auguste Pyramus de CANDOLE, professeur honoraire.

Agrégés en Exercice.

Messieurs :

VIGUIER.
KUHNHOLTZ *suppléant,*
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.,
DELMAS fils.
VAILHÉ,

Messieurs :

BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET. *Suppléant.*
ESTOR, *suppléant,*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.